



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Medicina**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**

**Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión  
posparto en puérperas del Centro de Atención  
Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

**AUTOR**

Kevin Arnold MIRANDA CÁRDENAS

**ASESOR**

Luis Fernando KOBAYASHI TSUTSUMI

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Miranda K. Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2017.

---



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)  
FACULTAD DE MEDICINA




ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

a(e)  
42

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO  
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

Siendo las 11:30 horas del día veintidós de marzo del año dos mil diecisiete, en la Sala de Sesiones de la Escuela Profesional de Medicina de la Facultad de Medicina, se reunió el Jurado integrado por los Doctores: José Miguel Angel Cabrejos Pinto (Presidente), Samuel Emiliano Pecho Vigil (Miembro) y César Augusto Carranza Asmat (Miembro).

Se realizó la exposición de la tesis titulada **"ASOCIACIÓN ENTRE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA III LUIS NEGREIROS VEGA EN ENERO 2017"**, presentado por don **Kevin Arnold Miranda Cárdenas**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, habiendo obtenido el calificativo de *Diecisiete*..... (17).

  
Dr. José Miguel Angel Cabrejos Pinto  
Presidente

  
Dr. Samuel Emiliano Pecho Vigil  
Miembro

  
Dr. César Augusto Carranza Asmat  
Miembro

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres y hermanos, por su comprensión y apoyo incondicional en todo momento de esta larga carrera.

A mi Alma Mater y a todos los docentes de la Escuela de Medicina Humana, que durante los años de educación del pregrado me han brindado los conocimientos que hicieron posible que llegue hasta esta etapa de mi vida profesional.

A la Asociación para el Desarrollo de la Investigación Estudiantil en Ciencias de la Salud (ADIECS), que gracias a ella tuve la oportunidad de conocer de cerca el mundo de la Investigación.

Agradecimiento especial al Dr. Luis Fernando Kobayashi Tsutsumi, mi asesor de Tesis, quien sin conocerme creyó en mí, brindándome la oportunidad de realizar esta Investigación.

Agradecimiento al Dr. José Miguel Angel Cabrejos Pinto, docente revisor de mi proyecto de Tesis, quien brindó aportes importantes para el desarrollo de esta Investigación

**Kevin Arnold Miranda Cárdenas**

## DEDICATORIA

A mis padres, **Ricardo y Gerardina**, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por su incondicional apoyo en todo momento, por sus consejos, por sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis hermanos **Benjamín, Lady y Merly** por estar conmigo, apoyarme y brindarme su cariño.

A **Edith, Gianina y Grecia**, quienes estuvieron a mi lado acompañándome y alentándome a que no me rinda fuera y dentro de las aulas de esta gloriosa Universidad.

## ÍNDICE GENERAL

Agradecimientos	II
Dedicatoria	III
Índice general	IV
Índice de cuadros	VI
Índice de gráficos	VII
Resumen	VIII
Abstract	IX
 <b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</b>	 <b>1</b>
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Objetivos	3
1.3 Hipótesis	4
1.4 Justificación de la investigación	4
1.5 Limitaciones	5
1.6 Marco teórico	5
1.7 Antecedentes	13
 <b>CAPITULO II: METODOLOGÍA</b>	 <b>15</b>
2.1 Diseño general del estudio	15
2.2 Población de interés y criterios de elegibilidad	15
2.3 Muestreo	16
2.4 Procedimientos del estudio	16
2.5 Variables	16
2.6 Tabulación y análisis estadístico	21
2.7 Aspectos éticos	21

<b>CAPITULO III: RESULTADOS</b>	<b>22</b>
3.1 Características de la muestra	22
3.2 Prevalencia de depresión posparto y disfunción familiar	22
3.3 Características de las puérperas según depresión posparto	24
3.4 Análisis bivariado entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto	25
 <b>CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN</b>	 <b>28</b>
 <b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	 <b>31</b>
 <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	 <b>33</b>
 <b>ANEXOS</b>	 <b>38</b>
1 Consentimiento informado	38
2 Instrumento de recolección de datos	39



## ÍNDICE DE CUADROS

<b><i>Cuadro 1.</i></b> Operacionalización de las variables independientes	18
<b><i>Cuadro 2.</i></b> Operacionalización de la variable dependiente	20
<b><i>Cuadro 3.</i></b> Características de las puérperas del CAP III Luis Negreiros Vega, enero 2017	22
<b><i>Cuadro 4.</i></b> Depresión posparto y disfuncionalidad familiar en puérperas del CAP III Luis Negreiros Vega, enero 2017	23
<b><i>Cuadro 5.</i></b> Características de las puérperas según depresión posparto en el CAP III Luis Negreiros Vega, enero 2017	25
<b><i>Cuadro 6.</i></b> Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del CAP III Luis Negreiros Vega, enero 2017	27

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Prevalencia de depresión posparto en puérperas del CAP III Luis Negreiros Vega, enero 2017	23
<b>Gráfico 2.</b> Frecuencia de disfuncionalidad familiar en puérperas del CAP III Luis Negreiros Vega, enero 2017	24
<b>Gráfico 3.</b> Distribución porcentual de puérperas según disfuncionalidad familiar y depresión posparto en el CAP III Luis Negreiros Vega, enero 2017	26

## Resumen

**Introducción.** La depresión posparto es un problema frecuente y serio que afecta la salud de la puérpera e infante. Existen pocos estudios que relacionen disfuncionalidad familiar y depresión posparto. **Objetivo.** Determinar la asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas que acuden a consultorios de crecimiento y desarrollo. **Diseño.** Estudio descriptivo, correlacional y transversal. **Institución.** Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega, Callao, Perú. **Intervenciones.** Previo consentimiento informado, las puérperas realizaron el llenado del instrumento de recolección de datos: un cuestionario de cuatro preguntas, el test de APGAR familiar y la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo en enero del 2017. La muestra fue no probabilística por conveniencia, conformada por 117 puérperas cuyas edades fluctuaron entre 18 a 50 años. Los datos fueron tabulados en el programa Microsoft Excel 2010 ® y procesados en el software estadístico SPSS 20.0 ®. **Resultados.** La prevalencia de depresión posparto fue 27.4% y de disfunción familiar fue 70%, siendo más frecuente el tipo leve (44.4%). La asociación entre las variables disfuncionalidad familiar y depresión posparto resultó significativa ( $p < 0.001$ ) y el odds ratio calculado para cualquier grado de disfunción familiar fue 9.51 (IC 95%:2.13-42.50). **Conclusiones.** La disfuncionalidad familiar se asoció significativamente a la presencia de depresión posparto. La prevalencia de disfunción familiar es alta en las puérperas incluidas en el estudio, por lo que se requiere de medidas apropiadas para su detección y abordaje sobre todo en el primer nivel de atención.

**Palabras clave:** Disfuncionalidad familiar; Depresión posparto; Puerperio; Perú.

## Abstract

**Introduction.** Postpartum depression is a frequent and serious problem that affects the health of the postpartum woman and the infant. There are few studies that relate family dysfunction and postpartum depression. **Objective.** To determine the association between family dysfunction and postpartum depression in postpartum women attending growth and development clinics. **Design.** Descriptive, correlational and cross-sectional study. **Setting.** Primary Care Center III Luis Negreiros Vega, Callao, Peru. **Interventions.** After informed consent, the postpartum women completed the data collection instrument: a questionnaire of four questions, the family APGAR test and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in January 2017. The sample was non-probabilistic for convenience, consisting of 117 postpartum women whose ages ranged from 18 to 50 years. The data were tabulated in the Microsoft Excel 2010 ® program and processed in the SPSS 20.0 ® statistical software. **Results.** The prevalence of postpartum depression was 27.4% and of family dysfunction was 70%, being more frequent the mild type (44.4%). The association between the variables family dysfunction and postpartum depression was significant ( $p < 0.001$ ) and the odds ratio calculated for any degree of family dysfunction was 9.51 (95% CI: 2.13-42.50). **Conclusions.** Family dysfunction was significantly associated with the presence of postpartum depression. The prevalence of family dysfunction is high in postpartum women included in the study, so appropriate measures are required for detection and management, especially at the first level of care.

**Keywords:** Family dysfunction; Postpartum depression; Puerperium; Peru

## **CAPITULO I: INTRODUCCIÓN**

La depresión es una de las enfermedades mentales más discapacitantes que hay en el mundo, no sólo ocasiona estragos en las funciones cerebrales de las personas, sino también inhibe su capacidad para relacionarse con otros seres humanos y afecta gravemente sus actividades diarias (1,2). Esta ocurre con mayor frecuencia en las mujeres durante su etapa reproductiva, sobre todo en el embarazo, parto y puerperio, época donde los cambios hormonales, psicológicos y sociales juegan un papel importante para su aparición (3-5).

La depresión posparto afecta a alrededor del 20% de las mujeres en el puerperio, situación que debe preocupar a los principales organismos sanitarios de cada país por las negativas repercusiones en la salud materna e infantil como suicidio e infanticidio en la madre y pobre desarrollo psicomotor en el bebé (6,7). El DSM-5 hace referencia a la depresión posparto como un episodio depresivo mayor que inicia dentro de las primeras 4 semanas del puerperio, pero los síntomas pueden aparecer hasta el primer año posparto (8-10). Aunque todo caso de depresión probable debe ser confirmada según las pautas establecidas por el DSM-5, diferentes métodos de detección de depresión posparto son utilizados en la literatura científica, uno de ellos es la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPE), esta herramienta, a pesar de ser un test de tamizaje, ha sido validada y el punto de corte para establecer depresión posparto es  $\geq 13$  (11-13). Entre los factores asociados a la depresión posparto, pocos estudios han mostrado interés en dilucidar el papel de la disfuncionalidad familiar como factor de riesgo (14-16).

La familia en el puerperio representa más que un conjunto de individuos emparentados por la sangre, adopción o matrimonio, es aquella que cumple

determinadas funciones positivas como brindar comodidad al retorno de la puérpera y recién nacido de los centros de maternidad, ser soporte emocional y socioeconómico, cuidar al infante en ausencia de la madre, fomentar la recreación, entre otras adaptadas a las necesidades de la puérpera (17,18). Es aquí donde la funcionalidad familiar cobra importancia para la puérpera, quien al percibir una familia adecuadamente funcional podrá sentirse emocionalmente estable (19); sin embargo si la disfuncionalidad familiar incrementará o no el riesgo de desarrollar síntomas depresivos en el posparto es aún motivo de estudio.

Es por tal razón que se planteó realizar esta investigación, con el objetivo de determinar la asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria (CAP) III Luis Negreiros Vega en enero del 2017.

## **1.1 Planteamiento del problema**

Entre los problemas de salud pública existentes, se encuentran los trastornos psiquiátricos como una de las principales causas de años de vida con discapacidad; entre ellos, los desórdenes depresivos ocupan el segundo lugar en la lista de enfermedades mentales en el Perú como en el resto del mundo (1,20,21). Es así que nos centraremos en la depresión, la cual no discrimina sexo, edad, ni raza; ni siquiera cuando se trae vida a este mundo y es que la mujer después de haber dado a luz, no solo tiene que afrontar la dura labor de ser madre sino también de soportar todos los cambios fisiológicos y hormonales que ocurren en el posparto, haciéndola susceptible de desarrollar en cualquier momento del puerperio depresión (3,22). La depresión posparto trae consigo deletéreos efectos en la psique de la mujer, quien de no conseguir la ayuda adecuada y oportuna, no sólo afectará a la salud de ella misma sino además a la salud de su menor hijo, a la de su pareja, familia, y en general en la sociedad donde interactúe (7,11).

Una familia donde hay buen funcionamiento entre los miembros brindaría el apoyo emocional y físico que la puérpera necesite en los momentos más difíciles de su nueva etapa materna (23); sin embargo la indiferencia, la poca capacidad de resolución, la escasez de recursos, la baja adaptación al cambio y la casi nula afectividad percibida por la madre puérpera dentro del núcleo familiar podrían favorecer el advenimiento de síntomas depresivos y por qué no de la depresión posparto (24). Por tal motivo es que la depresión posparto y la disfuncionalidad familiar merecen especial atención en este trabajo de investigación bajo la siguiente pregunta: ¿existe asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria (CAP) III Luis Negreiros Vega en enero del 2017?

## **1.2 Objetivos**

### ***Objetivo general***

- Determinar la asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del CAP III Luis Negreiros Vega en enero del 2017.

### ***Objetivos específicos***

- Identificar la prevalencia de depresión posparto en puérperas del CAP III Luis Negreiros Vega en enero del 2017.
- Conocer la frecuencia de disfuncionalidad familiar en puérperas del CAP III Luis Negreiros Vega en enero del 2017.
- Describir las características edad, estado civil, tipo de lactancia y tiempo de puerperio en puérperas del CAP III Luis Negreiros Vega en enero del 2017.

### **1.3 Hipótesis**

Aunque no es requisito plantear la hipótesis en un estudio transversal, sólo por cuestiones de ejercicio se planteó la siguiente hipótesis:

- La disfuncionalidad familiar está asociada a la depresión posparto en puérperas del CAP III Luis Negreiros Vega en enero del 2017.

### **1.4 Justificación de la investigación**

El motivo por el cual se realiza esta investigación es porque, aunque hay estudios que evalúan la asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto, estos son escasos en la literatura científica nacional e internacional; por ende la presente investigación brinda más evidencia acerca de este tema.

En nuestro contexto, es importante este tópico, ya que según el INEI cada hora nacen 60 peruanos (25), es decir, que en la siguiente hora habrán 60 puérperas nuevas en el país, pero cuántas de ellas tendrán depresión posparto y cuántas estarán viviendo en familias disfuncionales son dos interrogantes que no siempre están a la mano de los profesionales de la salud. Conocer estas cifras brindará una idea de la magnitud del problema y permitirá de ser necesario tomar medidas drásticas no solo para su detección y tratamiento, sino también para la prevención y promoción desde el primer nivel de atención de la salud, por lo que esta Tesis también otorga las prevalencias de depresión posparto y disfuncionalidad familiar de manera local en puérperas del CAP III Luis Negreiros Vega en enero del 2017.

Por otro lado, la realización y ejecución de la Tesis de alguna manera contribuye en la formación académica y profesional del investigador, ya que puede volcar la experiencia adquirida en el proceso para emprender trabajos de investigación con mejores diseños en el futuro.



## **1.5 Limitaciones del presente estudio**

1. De diseño: para estimar con más certeza la asociación entre una variable exposición como lo es la disfuncionalidad familiar y otra variable resultado como lo es la depresión posparto sería más conveniente un estudio prospectivo.
2. Pese al empleo de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPE) como instrumento validado y confiable, la confirmación de la depresión posparto debería pasar por la entrevista clínica realizada por un médico psiquiatra.
3. El tamaño muestral fue insuficiente, para poder observar mejor la distribución de las puérperas con depresión posparto, según el tiempo de puerperio cuyo rango seleccionado de medición estuvo entre 0-12 meses.

## **1.6 Marco teórico**

### ***Depresión y depresión posparto***

El último reporte de Carga Global de Enfermedad del 2010 sitúa a las enfermedades mentales como la primera causa de Años de Vida con Discapacidad (AVD); siendo los trastornos de ansiedad, del humor y del control del impulso, en orden descendente, los más frecuentes dentro del grupo de desórdenes mentales en el Perú y el Mundo (1,2,20,21). Según la OMS, los trastornos depresivos, que forman parte de los trastornos del humor, afectan a unos 350 millones de personas y ocasionan alrededor de 800 mil suicidios al año convirtiéndose así en un problema de salud pública (26). La prevalencia mundial de la depresión oscila entre 11.1-14.6% y en el Perú llega al 6.4% (20,21).

La depresión es la alteración del estado de ánimo capaz de producir cambios negativos en las esferas cognitiva, afectiva y en la función

neurovegetativa del organismo; el sujeto que experimenta estos cambios no puede vivir placenteramente consigo mismo, pierde el interés por las cosas que realizaba antes, tiene el ánimo decaído, presenta disturbios del sueño y del apetito, y en el peor escenario puede llegar al suicidio; todo esto repercute significativamente en su ámbito laboral, académico, familiar y social (27,28). Varía dependiendo de su duración y momento de presentación tal es así que puede remitir espontáneamente y ser solo un episodio depresivo mayor, mantenerse en el tiempo como trastorno depresivo persistente (distimia) o estar asociado con la ovulación en el caso de las mujeres, conocido como trastorno disfórico menstrual; también depende de la etiología entre cuyas causas están las sustancias o drogas psicoactivas, las afecciones médicas (pe. hipotiroidismo), desórdenes neurodegenerativos entre otros (8).

Aunque afecta sin lugar a dudas a todos los grupos etarios sin importar su condición étnica ni género, está bien establecido que tiene especial predilección por el sexo femenino que por el masculino con una razón de mujer/hombre de 2:1, siendo esta diferencia más prominente durante la edad reproductiva que en la infancia cuando las prevalencias tienden a ser más equivalentes; además las mujeres deprimidas son más susceptibles de desarrollar formas severas de depresión (29,30).

Desde ese punto de vista, tenemos que la depresión en la mujer cobra mayor importancia en la fase reproductiva de su vida y se presenta en el síndrome disfórico premenstrual, el embarazo, el puerperio y también en la menopausia (3). Por tal motivo, interesa en esta Tesis, la presentación de la depresión en la etapa puerperal conocida como depresión posparto. Antes de referirnos a la depresión posparto, es importante tener en cuenta que el puerperio, también conocido como periodo posparto, empieza con el nacimiento del bebé y la extracción de la placenta, y puede ser clasificada como puerperio inmediato (hasta las primeras 24 horas), mediato (desde las 24 horas hasta las 6 semanas) y tardío (hasta los 6 meses, pero puede prolongarse hasta los 12 meses posparto) (10).

La depresión posparto se encuentra incluida dentro del DSM-5 como “un episodio depresivo mayor con inicio en el periparto si los síntomas ocurren durante el embarazo o dentro de las 4 semanas después del parto”, empero para algunos autores, por cuestiones de investigación o de práctica clínica, la depresión posparto puede aparecer hasta los 12 primeros meses posnatales (8,9,31).

No es de extrañarse que en el periodo posparto el papel hormonal juegue un rol importante, pese a que su etiopatogenia es todavía desconocida; durante el embarazo hay una excesiva producción hormonal continua placentaria de estrógenos, progesterona, prolactina, cortisol, hormona liberadora de corticotropina (CRH) y testosterona, al momento del parto tras la expulsión de la placenta las hormonas sexuales bajan bruscamente sus valores hasta hacerse normales y se da un estado transitorio de hiporrespuesta del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal debido al feedback negativo producido por los niveles altos de CRH placentaria (4,5,22). Este mecanismo hormonal ha sido propuesto como el activador de la depresión posparto.

No solo basta el factor hormonal para que la puérpera desarrolle síntomas depresivos, las experiencias negativas a lo largo de su vida modularían cambios biopsicológicos en el cerebro que la convertirían fácilmente susceptible de presentar depresión. Si además de ello tuviera una predisposición genética el riesgo de padecerla en el posparto se elevaría (14). Entonces es la interacción de factores que determinarían si una puérpera presenta o no depresión posparto. Es considerado así que los factores que interactuarían serían biológicos (caída hormonal posparto), obstétricos (complicaciones obstétricas, cesárea, embarazo no planificado), clínicos (enfermedades psiquiátricas previas, depresión durante el embarazo o depresión posparto previa, síndrome disfórico premenstrual e historia familiar de desórdenes mentales), psicológicos (trastorno ansioso de la personalidad) y sociales [eventos de vida negativos (pérdida de un ser querido, divorcio, pérdida del trabajo o mudanza), soporte social, violencia de pareja, bajo nivel de escolaridad, pobre estatus socioeconómico al momento del embarazo, historia de abuso sobretodo sexual en la niñez]

(6,32). En otras latitudes, aún poco estudiado, se considera un factor cultural, por ejemplo en Asia hay preferencia de que el primer hijo sea varón, cuando esto no sucede y nace una mujercita toda la culpa recae sobre la madre; esta preferencia de género ha sido reportado como un estresor (6). De los factores mencionados se ha documentado que el antecedente personal de depresión, sintomatología depresiva o ansiosa durante el embarazo, pobre apoyo social y familiar, y los eventos de vida negativos presentan una fuerte asociación con la depresión posparto (14,32).

La tendencia de las enfermedades mentales va en aumento y como tal la depresión posparto también lo hace, su cifras hasta hace unos años oscilaba entre 10-20% pero reportes actuales la estiman entre 15.5 a 23% (cifras mundiales), en el Perú no se deja de lado esta perspectiva ya que se menciona que la prevalencia llega al 24.1%, pese a su subdiagnóstico; esto debe alarmarnos dado que la depresión posparto provoca sufrimiento materno alterando la capacidad funcional de la madre para cuidar al bebé y sobrellevar una adecuada relación de pareja, resultando así en retraso del desarrollo emocional, social y cognitivo del infante como también conflictos maritales (6,7,33). No solo ello sino que aproximadamente el 20% de las mujeres con depresión posparto se mantiene deprimida más allá del primer año posparto, y 13% después de los dos años; además cerca del 40% de las mujeres tendrá una recaída sea en los siguientes embarazos o en otras ocasiones no relacionados al embarazo (34). Por último, puede sobrevenir el suicidio o infanticidio (11).

Por ello el diagnóstico no debe retrasarse para que el tratamiento sea oportuno, de este modo reconocer los síntomas depresivos ayudará al clínico a tomar una decisión apropiada; la puérpera depresiva manifiesta tristeza o humor depresivo que persiste diariamente por al menos 2 semanas, falta de interés en cosas que normalmente disfrutaba, incapacidad para dormir cuando el bebé está durmiendo o para cuidar al recién nacido debido a hipersomnia, pérdida de energía a pesar de descanso adecuado, aprehensión o aletargamiento notado por otros, sentimientos de culpa o

inutilidad, incapacidad para tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o “mi bebe estaría mejor sin mí” (35).

Existen cuestionarios de screening para la detección de síntomas depresivos en el puerperio, los más usados son la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPE) y el PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9); ambos validados en nuestro país, han sido empleados para estudios de prevalencia de depresión posparto (13,36). El Instituto Nacional del Reino Unido para la Salud y Excelencia en el Cuidado recomienda un algoritmo que consiste en 2 preguntas iniciales altamente sensibles (95%), de darse positivo en algunas de ellas deberá seguirse con el uso del EDPE o PHQ-9, y si también resulta positiva terminará con una entrevista clínica comprensiva para confirmar el diagnóstico y evitar falsos positivos y falsos negativos (11).

### ***Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPE)***

A pesar del algoritmo propuesto, para esta Tesis se optó por la EDPE como instrumento para diagnosticar depresión posparto, por ser autoaplicativo y sencillo, fue creado por Cox et al quien lo publicó en el British Journal of Psychiatry en junio de 1987, posteriormente fue adaptado y validado por Vega-Dienstmaier et al en puérperas limeñas, la escala está compuesto de 10 ítems que reflejan cómo se ha sentido la puérpera en la última semana y hacen referencia a la capacidad para disfrutar de las cosas (ítem 1), optimismo respecto al futuro (ítem 2), sentimientos de culpa (ítem 3), nerviosismo o preocupación (ítem 4), ataques de pánico (ítem 5), capacidad para afrontar problemas (ítem 6), insomnio (ítem 7), tristeza (ítem 8), llanto (ítem 9), y tendencias a la autoagresión (ítem 10), cada uno con 4 posibles respuestas que puntúan de 0-3 (12,13). En el estudio de validación una puntuación  $\geq 13$  diagnostica depresión posparto con sensibilidad de 84.21% y una especificidad de 79.47%.

La llegada de un nuevo miembro al hogar produce eventualmente una crisis familiar dado que requerirá de cuidados especiales en su alimentación, higiene, salud y desarrollo psicomotor. La principal encargada de esta tarea

es la puérpera quien tendrá que privarse de diversas actividades placenteras que realizaba antes para dar mayor atención a su recién nacido. Además ella sufrirá los cambios fisiológicos propios del parto y asumirá también otros roles como el ser esposa o pareja y/o ama de casa o trabajadora. Las experiencias y sentimientos positivos de la puérpera durante el embarazo y el apoyo recibido por parte de sus familiares ayudarán a su capacidad de afrontamiento y adaptación a la maternidad. El afecto, el escuchar los problemas, el consejo basada en la experiencia, el soporte financiero, el cuidado físico del recién nacido son ejemplos de cómo la familia constituye la principal red de apoyo para la puérpera, más aún cuando atraviesa sola el periodo posparto (19,23).

Dentro de la familia se requiere el establecimiento de roles, para que de esa manera cada miembro de la familia se sienta comprometido en brindar ayuda a la puérpera, por ejemplo rol de cuidador del niño, de cocinero, líder del cuidado de la salud familiar, etc. En contraposición una familia disfuncional no haría más fácil la labor de la madre, ya que los roles estarían alterados, ella tendría que preocuparse de quehaceres como hacer las compras, lavar la ropa o alimentar a la mascota que bien podrían ser divididos o manejados entre los otros miembros de la familia; por lo tanto la carga materna más una carga extra de trabajo podría hacer que la puérpera falle en mantener el equilibrio entre las demandas de la situación y los recursos para afrontar tal situación que provocaría cambios en la función cognitiva, emocional y motivacional que llevarían a conductas no adaptativas como depresión (18,19).

Tal es así que ahora nos centraremos en la familia y la funcionalidad familiar,

### ***Familia y funcionalidad familiar***

Diversas son las definiciones de familia que se encuentran en la literatura científica, estas van a variar de acuerdo a los planteamientos epistemológicos del investigador, el contexto sociocultural, etc.

Para Louro Bernal en su revisión *La familia en la determinación de la salud*, “la familia es el elemento de la estructura de la sociedad, responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. Constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana y en ese sentido es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala microsocial” (37). Mientras la OMS establece a la familia como un “conjunto de miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”; la OPS señala que la familia es “una unidad básica y es el primer espacio de socialización del ser humano orientada al bienestar y desarrollo integral de sus integrantes” (17). Es reconocida en la Constitución Política del Perú de 1993 (art. 4º) como una “sociedad natural y una institución fundamental de la Nación”.

Se puede clasificar a la familia por su composición, en cuyo caso existen 6 tipos familiares: familia nuclear (compuesta por padres e hijos), familia extendida (compuesta por padres, hijos y abuelos), familia ampliada (compuesta por padres, hijos, abuelos, tíos, etc.), familia monoparental (conformada por uno de los padres e hijos), familia reconstituida (conformada por uno de los padres, su nueva pareja e hijos) y equivalente familiar (conformada por grupos de amigos, hermanos o instituciones religiosas o militares, etc.); y por su ciclo evolutivo donde se reconoce 4 tipos de familia: familia en formación (pareja que no tiene hijos o en espera), familia en expansión (pareja con nacimiento del primer hijo, hijo en edad preescolar, hijo adolescente o con hijo en edad adulta), familia en dispersión (desde que inicia la partida del primer hijo hasta que lo hace el último) y familia en contracción (donde han partido todos los hijos y la pareja queda sola) (24,38).

La familia cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo, es la encargada de la formación y desarrollo de la personalidad y asegura, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación de este para su inserción en la vida social y la transmisión generacional de valores culturales, ético-morales y espirituales (39). Además la familia constituye la primera red de apoyo social que posee

el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana; el apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social (37).

La interacción entre los miembros es tan cercana que la modificación de uno de sus integrantes ejerce cambios en los otros y en consecuencia en toda la familia (40). Así la funcionalidad familiar no será vista de una manera lineal (causa-efecto), sino debido precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa (40).

La familia es para el individuo un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad; las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud; la vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio (37).

De esta manera tenemos que una familia adecuadamente funcional se caracteriza por mantener interacciones positivas entre los integrantes, mostrándose satisfacción al estar juntos, pero reconociendo que cada uno de ellos tiene intereses y necesidades individuales por lo que precisan de cierto grado de privacidad (39-41). En contraste una familia disfuncional es aquella que no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y empeora más las situaciones adversas que podrían suscitarse; esta alteración condiciona nula actitud negociadora, escasa atención a las opiniones y sentimientos de los demás miembros, los límites familiares son imprecisos, las pautas de interacción son fijas y rígidas, y los roles de los integrantes no son para nada claras (39-41).



### **APGAR Familiar**

Una forma de establecer una posible disfunción familiar, es aplicando el APGAR Familiar, una herramienta creada por Smilkstein en 1978, que permite identificar familias disfuncionales según su gravedad, ha sido validada por Castilla et al en adolescentes peruanos mostrando un Alfa de Cronbach adecuado ( $\alpha=0.72$ ); así mismo una versión española del instrumento, publicada por Bellón et al, también muestra un Alfa de Cronbach similar ( $\alpha=0.84$ ), por lo tanto pueden ser considerada como una medida válida y confiable (42-44). Son 5 ítems que componen el APGAR familiar y hacen referencia a sus siglas adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos, cuyas opciones de respuesta se presentan en escala Likert: nunca=0, casi nunca=1, algunas veces=2, casi siempre=3, y siempre=4. De acuerdo al puntaje obtenido, se establece: no disfunción familiar (18-20 puntos), disfunción familiar leve (14-17 puntos), disfunción familiar moderada (10-13 puntos) y disfunción familiar severa ( $\leq 9$  puntos).

Teniendo el conocimiento de la definición, los factores asociados hasta el momento estudiados, los métodos diagnósticos de la Depresión Posparto, y la trascendencia que tiene la Disfuncionalidad Familiar en la salud de la madre, infante, familia y la sociedad es que se planteó la realización de la presente Tesis buscando encontrar la asociación existente entre ambas variables en una población de puérperas. A continuación se muestra algunos antecedentes de estudio en el tema de Depresión Posparto y Disfuncionalidad Familiar realizado por investigadores nacionales e internacionales.

### **1.7 Antecedentes**

**Sierra et al** (España, 2002); llevaron a cabo un estudio de casos y controles para determinar factores asociados al riesgo de depresión posparto mediante la escala de Edimburgo. Para ello enviaron 556 cuestionarios por

correo electrónico a puérperas de la ciudad de Soria. De los 306 cuestionarios incluidos en el estudio 48 fueron los casos y 258 los controles. De los factores asociados que se encontraron la variable disfunción familiar moderada/alta aumentó el riesgo de síntomas depresivos puerperales (OR=8.21; IC 95%:2.42-8.23;  $p<0.001$ ) (15).

**Urdaneta et al** (Venezuela, 2011); estudiaron, por medio de un estudio transversal, los factores de riesgo de depresión posparto en 100 puérperas venezolanas tamizadas por medio de la escala de Edimburgo y posterior confirmación con criterios DSM IV. Se halló una prevalencia de depresión posparto del 22%. Aunque no se mencionó con detalles el tipo de escala utilizada para evaluar la disfunción familiar, se demostró que estuvo asociada a un mayor riesgo de presentar depresión postparto (OR= 12.15; IC 95%: 1.19 – 123.49;  $p<0,05$ ) (45).

**Chang et al** (Taiwan, 2014); estudiaron los factores de riesgo de depresión posparto en 213 madres taiwanesas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Se halló una alta prevalencia de depresión posparto (30.2%) y se analizaron diversos factores, de entre los cuales se encontró a la disfunción familiar, valorada por medio del test de APGAR, asociada a la depresión puerperal (OR= 0.82; IC 95%:0.73-0.92;  $p=0.001$ ) (46).

**Alarcón** (Perú, 2016), en su tesis de casos y controles titulada *Disfunción familiar como factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el Hospital Belén de Trujillo*, enroló a 90 puérperas inmediatas (45 casos y 45 controles) quienes respondieron el test de APGAR familiar y encontró asociación positiva entre disfunción familiar y depresión posparto (OR= 13,17; IC 95%:4.35-39.89;  $p<0,001$ ) (41).

## **CAPÍTULO II: METODOLOGÍA**

### **2.1 Diseño general del estudio**

Se realizó el estudio cuyo diseño es de tipo descriptivo, correlacional y transversal en el Centro de Atención Primaria (CAP) III Luis Negreiros Vega, perteneciente al Seguro Social de Salud (EsSalud), en el mes de enero del 2017.

### **2.2 Población de interés y criterios de elegibilidad**

La población de interés reunió a todas las mujeres puérperas que acudían al Establecimiento de Salud CAP III Luis Negreiros Vega, y se tuvo en cuenta los siguientes criterios para la selección de los sujetos de estudio:

#### ***Criterios de inclusión:***

- Mujeres que se encontraban dentro de los 12 primeros meses de puerperio (10).
- Puérperas que firmaron el consentimiento informado.

#### ***Criterios de exclusión:***

- Puérperas con diagnóstico previo de depresión, síndrome de Sheehan, hipotiroidismo, sordera, ceguera, enfermedad psiquiátrica.
- Puérperas que se encontraban en duelo, en los últimos tres meses.
- Puérperas que no sabían leer ni escribir.

## **2.3 Muestreo**

La muestra se fue recolectando a medida que las puérperas acudían con sus niños a los controles de crecimiento y desarrollo (CRED)

Unidad de análisis: Mujeres dentro de los 12 primeros meses de puerperio

Unidad de muestreo: Consultorios CRED del CAP III Luis Negreiros Vega

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia

## **2.4 Procedimientos del estudio**

- i. Recolección diaria, previa presentación ante las madres que acudían a los consultorios CRED
- ii. Todas las madres fueron posibles sujetos de estudio y se seleccionaron a aquellas que estaban dentro de los criterios de inclusión
- iii. Posterior a la toma del consentimiento informado, se procedió a la recolección de datos que consistió en el llenado de un instrumento (ver Anexo 2) que contenía: un cuestionario que preguntó datos como edad materna, estado civil, tipo de lactancia y tiempo de puerperio; el test de APGAR familiar que evaluó disfuncionalidad familiar; y la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPE) que midió depresión posparto.
- iv. Toda la información recolectada fue puesta en una base de datos que sirvió como fuente primaria para los cálculos estadísticos.

## **2.5 Variables**

### ***Variables independientes***

1. Disfuncionalidad familiar
2. Tipo de lactancia
3. Estado civil
4. Tiempo de puerperio
5. Edad

***Variable dependiente***

1. Depresión posparto

Cuadro 1. Operacionalización de las variables independientes

Variables	Definición conceptual	Definición operacional		Tipo	Escala
		Instrumento	Criterio		
<b>Disfuncionalidad familiar</b>	Estado de disconfort entre los miembros de una familia	APGAR familiar	Grado de funcionamiento familiar percibido por la puérpera evaluado mediante 5 ítems cada uno con puntuación de 0-4	No disfunción familiar (18-20) Disfunción familiar leve (14-17) Disfunción familiar moderada (10-13) Disfunción familiar severa ( $\leq 9$ )	Cualitativa   Ordinal
<b>Tipo de lactancia</b>	Forma de dar alimentación al menor hijo (a) durante los primeros 6 meses de vida	Cuestionario	Alimentación del menor hijo (a) con leche materna, fórmula maternizada o ambas	Lactancia materna exclusiva Lactancia artificial Lactancia mixta	Cualitativa  Nominal Politómica
<b>Estado civil</b>	Situación de la persona desde el punto de vista del registro civil	Cuestionario	Estado marital actual de la puérpera	Soltera Casada Conviviente Separada Divorciada Viuda	Cualitativa  Nominal Politómica

<b>Tiempo de puerperio</b>	Tiempo transcurrido después del nacimiento del menor hijo (a)	Cuestionario	Meses posparto transcurridos	N° meses	Cuantitativa	Razón
	Tiempo de vida desde el nacimiento	Cuestionario	Años vividos de la puérpera	N° años	Cuantitativa	Razón

*Cuadro 2. Operacionalización de la variable dependiente*

Variable	Definición conceptual	Instrumento	Definición operacional		Tipo	Escala
			Criterio	Valores finales		
<b>Depresión posparto</b>	Presentación de depresión dentro de los primeros 12 meses de puerperio	Escala de Depresión	Categorización de la depresión posparto de acuerdo a la puntuación obtenida de la suma de 10 ítems, cada uno con puntuación de 0-3	No depresión posparto (<13)	Cualitativa	Nominal
		Posparto de Edimburgo (EDPE)		Depresión posparto (≥13)		Dicotómica



## **2.6 Tabulación y análisis estadístico**

Los resultados de los valores obtenidos para las variables del estudio fueron ordenados, clasificados y codificados en una base de datos según las escalas de medición definidas en la operacionalización de variables, para ello se empleó Microsoft Excel 2010 ® y para el análisis estadístico el software IBM SPSS statistics 20.0 ®

Se realizó la descripción de los datos obtenidos mediante cuadros de distribución de frecuencia y porcentajes para las variables depresión posparto, disfuncionalidad familiar, tipo de lactancia y estado civil; y media y desviación estándar para las variables tiempo de puerperio y edad. Se distribuyeron dos grupos: puérperas con y sin depresión posparto, y se calculó el odds ratio y el intervalo de confianza 95% de las variables independientes categóricas que resultaron significativas en el Chi-cuadrado. Las pruebas de hipótesis usadas fueron el Chi-cuadrado de Independencia para las variables cualitativas y t-student para las variables cuantitativas considerándose significativa si  $p < 0.05$ .

## **2.7 Aspectos éticos**

En ningún momento desde la presentación ante la puérpera y el término de llenado de datos se le faltó el respeto ni tampoco se violó el derecho de confidencialidad; además de ello, así como toda investigación que trabaja directamente con seres humanos, este trabajo no quedó exento del consentimiento informado (ver Anexo 1), el cual fue firmado de manera voluntaria sin ninguna coacción de por medio, tomando en cuenta los artículos 42° y 46° del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú (CMP) y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, actualizada en la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.

## CAPÍTULO III: RESULTADOS

### 3.1 Características de la muestra

Se enroló a 117 mujeres puérperas de 18 a 50 años de edad que se encontraban entre el mes y 12do mes posparto. Las medias de la edad y el tiempo de puerperio fueron  $30.4 \pm 6.3$  años y  $4.9 \pm 3$  meses, respectivamente. El cuadro 3 muestra las demás características de la muestra.

**Cuadro 3. Características de las puérperas del CAP  
III Luis Negreros Vega, enero 2017**

	N=117	%
Edad	$30.4 \pm 6.3$ *	
Tiempo de puerperio	$4.9 \pm 3$ *	
Estado civil		
Conviviente	71	60.7%
Casada	38	32.5%
Soltera	7	6%
Divorciada	1	0.9%
Tipo de lactancia		
Lactancia materna exclusiva	69	59%
Lactancia mixta	46	39.3%
Lactancia artificial	2	1.7%

\*Datos presentados como media  $\pm$  DE

### 3.2 Prevalencia de depresión posparto y disfunción familiar

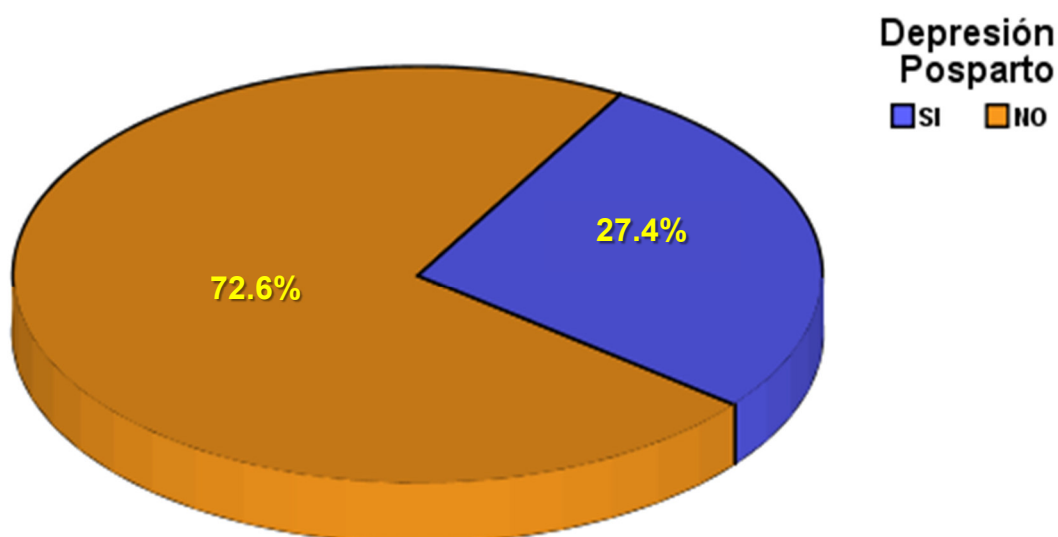
El cuadro 4 y gráficos 1 y 2 recogen la información obtenida a través de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPE) y el APGAR familiar en la muestra total de puérperas. La prevalencia de depresión posparto fue 27.4%. En cuanto a la disfuncionalidad familiar, el 70% presentó cualquier

grado de disfunción familiar, siendo más prevalente la disfunción familiar leve, y menos de un tercio de las púerperas no tuvo disfunción familiar.

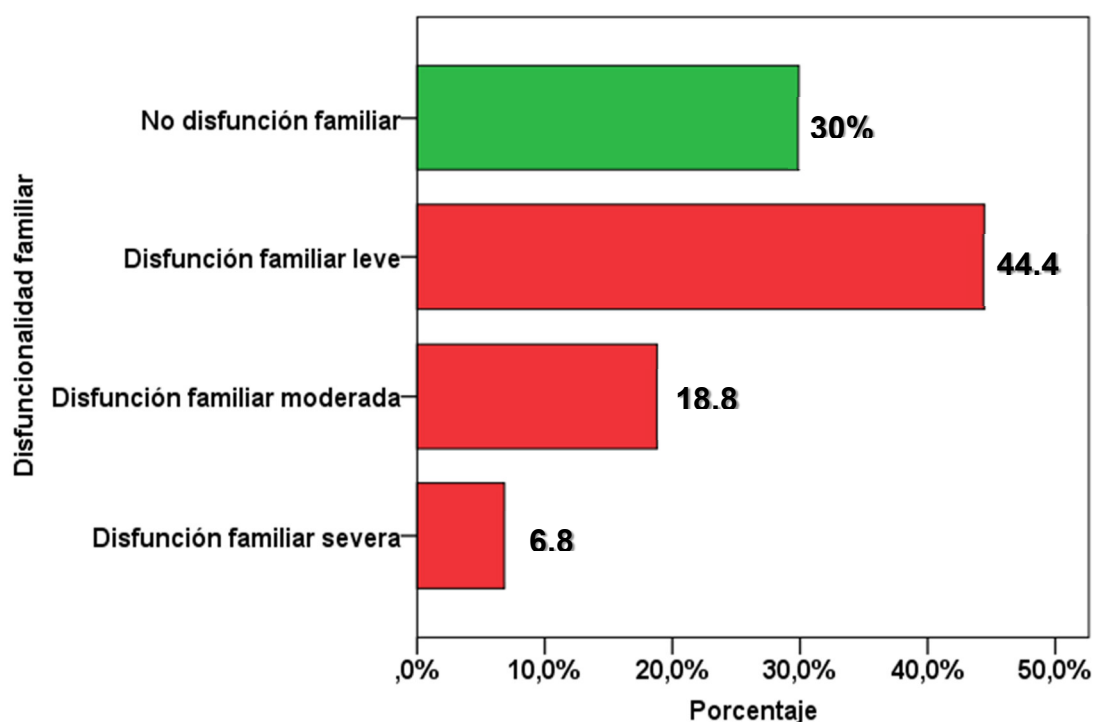
**Cuadro 4. Depresión posparto y disfuncionalidad familiar en púerperas del CAP III Luis Negreiros Vega, enero 2017**

	N=117	%
Depresión posparto		
Si	32	27.4%
No	85	72.6%
Disfuncionalidad familiar		
No disfunción familiar	35	29.9%
Disfunción familiar leve	52	44.4%
Disfunción familiar moderada	22	18.8%
Disfunción familiar severa	8	6.8%
Cualquier grado de disfunción familiar	82	70%

**Gráfico 1. Prevalencia de depresión posparto en púerperas del CAP III Luis Negreiros Vega, enero 2017**



**Gráfico 2. Frecuencia de disfuncionalidad familiar en puérperas del CAP III Luis Negreiros Vega, enero 2017**



### **3.3 Características de las puérperas según depresión posparto**

Las medias de la edad de las mujeres con y sin depresión posparto fueron similares; no obstante, las puérperas con depresión posparto tuvieron una media de tiempo de puerperio menor que aquellas sin depresión posparto ( $3.9 \pm 2.6$  meses vs  $5.3 \pm 3.1$  meses), tal diferencia resultó estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ). Por otra parte, para las variables cualitativas “estado civil” y “tipo de lactancia” no se halló asociación significativa. El cuadro 5 presenta con mayor detalle las características en ambos grupos.

**Cuadro 5. Características de las puérperas según depresión posparto en el CAP III Luis Negreiros Vega, enero 2017**

	DEPRESIÓN POSPARTO		Valor p
	Si (n=32)	No (n=85)	
Edad	30.1 ± 6.8	30.6 ± 6.1	0.737*
Tiempo de puerperio	3.9 ± 2.6	5.3 ± 3.1	0.027*
Estado civil			0.935†
Conviviente	20 (62.5)	51 (60)	0.679†
Casada	10 (31.2)	28 (32.9)	
Soltera	2 (6.2)	5 (5.9)	
Divorciada	0 (0)	1 (1.2)	
Tipo de lactancia			
Lactancia materna exclusiva	19 (59.4)	50 (58.8)	
Lactancia mixta	13 (40.6)	33 (38.8)	
Lactancia artificial	0 (0)	2 (2.4)	

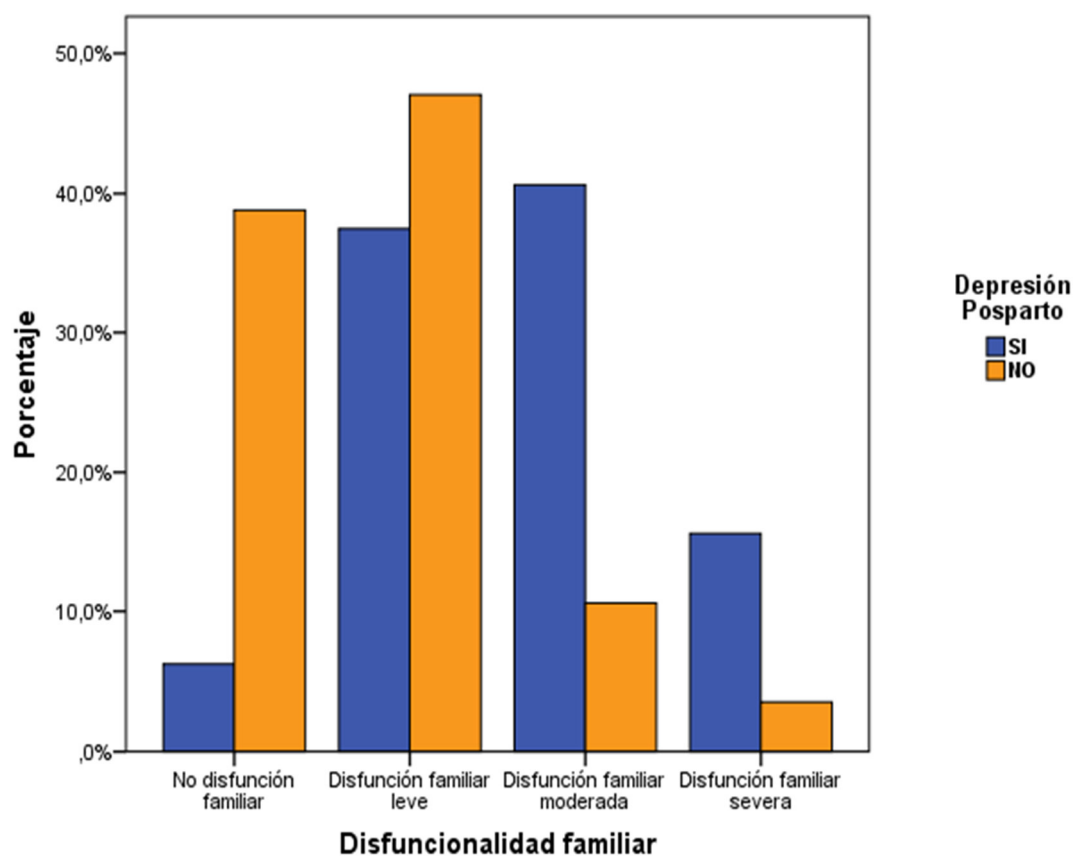
Datos presentados como n (%) o media ± DE

\*Prueba t-student. †Prueba Chi-2 de independencia

### **3.4 Análisis bivariado entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto**

Se desprende del gráfico 3 y cuadro 6 que las puérperas con depresión posparto, en comparación con las puérperas sin depresión posparto, tuvieron una mayor proporción de puérperas con cualquier grado de disfunción familiar. Asimismo el análisis bivariado reveló asociación significativa ( $p < 0.001$ ) entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto, de tal manera que para cualquier grado de disfunción familiar el OR resultó 9.51 (IC 95%:2.13-42.50). El odds ratio se incrementaba conforme aumentaba el grado de severidad de la disfunción familiar llegando hasta un OR de 27.5 cuando la disfunción familiar era severa (OR=27.5; IC 95%:3.64-207.58).

**Gráfico 3. Distribución porcentual de púerperas según disfuncionalidad familiar y depresión posparto en el CAP III Luis Negreiros Vega, enero 2017**



**Cuadro 6. Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del CAP III Luis Negreiros Vega, enero 2017**

	DEPRESIÓN POSPARTO		Valor p	Valor OR	IC 95%
	Si (n=32)	No (n=85)			
Disfuncionalidad familiar			<0.001†		
No disfunción familiar	2 (6.2)	33 (38.8)		1	(referencia)
Disfunción familiar leve	12 (37.5)	40 (47.1)		4.95	1.03-23.70
Disfunción familiar moderada	13 (40.6)	9 (10.6)		23.83	4.52-125.49
Disfunción familiar severa	5 (15.6)	3 (3.5)		27.5	3.64-207.58
Cualquier grado de disfunción familiar	30 (93.8)	52 (61.2)		9.51	2.13-42.50

Datos presentados como n (%)

†Prueba Chi-2 de independencia

OR=Odds ratio, IC 95%=Intervalo de confianza al 95%

## CAPITULO IV: DISCUSIÓN

En el presente estudio se obtuvo una prevalencia de 27.4% de depresión posparto. Este hallazgo no dista mucho con lo reportado por Gelaye et al quienes realizaron una revisión sistemática de las prevalencias globales de depresión posparto clasificándolas según los ingresos económicos de cada país. Ellos encontraron que en países de bajos y medianos ingresos la prevalencia global fue 19% (IC 95%:15.5-23) (6). Por otro lado aquí en Perú, un estudio realizado por Aramburú et al en establecimientos de atención primaria estableció una prevalencia de depresión posparto de 33% (IC 95%:27.3-38.7) con la EDPE y de 24.1% (IC 95%:18.9-29.9) con posterior confirmación mediante una entrevista semiestructurada bajo criterios DSM-IV (33), cifras cercanas a la hallada en este estudio.

Un dato importante encontrado en este estudio fue que el 70% de las puérperas percibe a sus familias como disfuncionales, este porcentaje alto también es refrendado por Jiménez y Pilco quienes tuvieron como población de estudio a puérperas arequipeñas. El 88.9% de ellas presentó disfunción familiar (16). Comparando la disfuncionalidad familiar en otras poblaciones distintas a las puérperas, se observa que en mujeres adultas embarazadas la disfunción familiar alcanza 17.1% y en mujeres adultas atendidas en medicina familiar llega a 26% (47,48). Esta discrepancia entre porcentajes podría atribuirse a la crisis familiar que ocurre cada vez que un evento estresor o una nueva etapa en el ciclo evolutivo familiar acaece (en este caso el nacimiento del infante), por lo que se alteraría la función que desempeña cada uno de los miembros de la familia incluyendo a la mujer en periodo posparto quien acabaría percibiendo con cierto grado de insatisfacción el nuevo entorno familiar.



La familia es un ente fundamental que no debe soslayarse cuando situaciones difíciles, sobre todo nuevas, se presentan en la vida de sus miembros. Si, antes que estas situaciones culminen en problemas de salud física y/o mental, la familia despliega mecanismos de protección, entonces se evitará sufrimiento y estrés (19). Pero para que suceda esto la familia debe mantenerse lo más funcionalmente posible, de esta manera la puérpera podrá redescubrir en su familia una red de apoyo y de sostén en los momentos necesarios (18). Tomando en cuenta los puntos de vista de los autores podría afirmarse que una familia disfuncional podría ser predisponente de patologías mentales; es así que en este estudio se encontró asociación significativa entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto bajo el siguiente hallazgo de que las puérperas con cualquier grado de disfunción familiar presentan 9.51 veces más riesgo de desarrollar depresión posparto, con respecto a las puérperas sin disfunción familiar. Esta afirmación concuerda con Sierra et al quienes obtuvieron como factor de riesgo independiente para una  $EDPE \geq 13$  en puérperas una disfunción familiar moderada-alta con un OR ajustado de 8.21 (IC 95%:2.42-8.23), para ellos “la percepción de una familia adecuadamente funcional parece comportarse como estabilizador emocional y actuar como muro de contención frente a la depresión” (15). Además Bobes et al mencionan en su libro *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* que “una relación familiar patológica no sólo se asocia con un mayor riesgo de sufrir depresión, sino también a un peor pronóstico de la misma, ya que provoca una recuperación lenta y ocasiona un aumento de las recidivas” (49). Esto parece ser congruente con el hallazgo de que mientras más disfuncional fue la familia de la puérpera el riesgo de presentar depresión posparto aumentó muchas veces más, comparado con puérperas que no tuvieron disfunción familiar.

En las puérperas con depresión posparto, la media del tiempo de puerperio ( $3.9 \pm 2.6$  meses) resultó ser menor que en las puérperas sin depresión posparto ( $5.3 \pm 3.1$  meses), esta tendencia puede deberse a que los

síntomas depresivos suelen iniciarse entre el 2do y 3er mes después del parto (14,50).

En la variable tipo de lactancia, la literatura es amplia. Sobre todo aquella que busca determinar la temporalidad entre la lactancia materna exclusiva y depresión posparto. En una revisión cualitativa por Dennis y McQueen (2009) determinaron que los síntomas depresivos en el periodo posparto influyen negativamente en la duración y calidad de la lactancia materna exclusiva (51). Por otro lado, Hahn-Holbrook et al (2013) emprendieron un estudio prospectivo que se inicia en el periodo prenatal, y aunque establecieron que la sintomatología depresiva prenatal disminuye la lactancia materna exclusiva, no sucedió lo mismo con la sintomatología depresiva posparto; además, encontraron que la lactancia materna exclusiva no ocasiona cambios en los niveles de sintomatología depresiva a los 3, 6 y 12 meses posparto, pero sí reducción hacia los 2 años posparto (52). Esto parece ser consistente con el hallazgo de que no se encontró asociación entre tipo de lactancia y depresión posparto.

En cuanto a las demás variables no se encontró diferencia significativa para la edad ni asociación significativa para el estado civil.

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

1. La disfuncionalidad familiar se asocia significativamente a la presencia de depresión posparto en puérperas que acudieron a consultorios CRED del CAP III Luis Negreiros Vega en enero del 2017.
2. Se encontró prevalencia de depresión posparto en puérperas que acudieron a consultorios CRED del CAP III Luis Negreiros Vega en enero del 2017.
3. La cifra de prevalencia de disfunción familiar es alta, siendo más frecuente la leve, en hogares de puérperas que acudieron a consultorios CRED del CAP III Luis Negreiros Vega en enero del 2017.
4. De las variables cuantitativas, el tiempo de puerperio de  $3.9 \pm 2.6$  meses es un dato a tener en cuenta para saber en qué momento del periodo posparto se encuentran síntomas depresivos en puérperas que acudieron a consultorios CRED del CAP III Luis Negreiros Vega en enero del 2017.
5. No se asocian a depresión posparto el estado civil y el tipo de lactancia en puérperas que acudieron a consultorios CRED del CAP III Luis Negreiros Vega en enero del 2017.

## **5.2 Recomendaciones**

1. Instaurar programas de tamizaje poblacional para la detección y tratamiento de la depresión posparto, para ello será pertinente e indispensable contar previamente con personal sanitario preparado y capacitado, como así también, será necesario redactar protocolos de actuación y de apoyo para gestores y administradores sanitarios.
2. Es en el primer nivel de atención donde los casos de disfunción familiar deben ser identificados y abordados según el esquema de 5 niveles de intervención familiar de acuerdo a la severidad de los problemas familiares (53), y con el objetivo de prevenir la aparición de síntomas depresivos en el posparto debe iniciar desde el embarazo en los controles prenatales.
3. Un diseño prospectivo y con mayor población añadiendo otras características familiares como el tipo familiar y el ciclo evolutivo familiar, y controlando factores confusores, junto con estudios con enfoque cualitativo permitirá inspeccionar mejor la problemática familiar durante el periodo preconcepcional, gestacional y posparto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2163-96.
2. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575-86.
3. Soares CN, Zitek B. Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle: a continuum of vulnerability? *J Psychiatry Neurosci*. 2008;33:331–343.
4. Abou-Saleh M, Ghubash R, Karim L, Krymski M, Bhai I. Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*. 1998; 23(5):465–75.
5. Sundström Poromaa I, Comasco E, Georgakis MK, Skalkidou A. Sex differences in depression during pregnancy and the postpartum period. *J Neurosci Res*. 2017;95(1-2):719-30.
6. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(10):973-82.
7. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, Howard LM, Pariante CM. 2014. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 2014;384:1800–1819.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013.
9. Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DKY. Postpartum depression: a disorder in search of a definition. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13:37-40.

10. Berens P. Overview of postpartum care [Internet]. UpToDate. 2016 [citado el 20 de enero del 2017]. Disponible desde: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-care>
11. Stewart DE, Vigod S. Postpartum Depression. N Engl J Med. 2016;375(22):2177-86.
12. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. The British Journal of Psychiatry. 1987;150(6):782-786.
13. Vega-Dienstmaier J, Mazzotti G, Campos M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Actas Esp Psiquiatr. 2002;30(2):106-11.
14. Stewart DE, Robertson E, Dennis CL, Grace SL, Wallington TA. Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions. Toronto, Ont: University Health Network Women's Health Program and Toronto Public Health. 2003.
15. Sierra Manzano JM, Carro Garcia T, Ladron Moreno E. [Variables associated with the risk of postpartum depression. Edinburgh Postnatal Depression Scale]. Aten Primaria. 2002;30(2):103-11.
16. Jiménez K, Pilco Y. Relación entre las características sociodemográficas y la funcionalidad familiar con la asistencia al control prenatal en púerperas inmediatas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola, Arequipa mayo – junio, 2016. Tesis de Licenciatura en Obstetricia. UCSM. Arequipa-Perú. 2016.
17. OMS/OPS. La Familia y la Salud [Internet]. Washington D.C. (USA): Oficina Regional para las Américas. 2003. [Citado el 16 de enero del 2017]. Disponible desde: <http://www1.paho.org/Spanish/gov/ce/spp/spp37-06-s.pdf>
18. Chévez DE, Díaz RJ. Cuidado familiar a la puérpera adolescente y su recién nacido. Rev Paraninfo Digital. 2014;20.
19. Ospina Romero AM, Munoz de Rodriguez L, Ruiz de Cardenas CH. Coping and adaptation process during puerperium. Colomb Med (Cali). 2012;43(2):167-74.
20. Fiestas F, Piazza M. [Lifetime prevalence and age of onset of mental disorders in Peru: results of the World Mental Health Study, 2005]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(1):39-47.

21. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*. 2013;34:119-138.
22. Iliadis SI, Sylven S, Hellgren C, Olivier JD, Schijven D, Comasco E, Chrousos GP, Sundström Poromaa I, Skalkidou A. Midpregnancy corticotropin-releasing hormone levels in association with postpartum depressive symptoms. *Depress Anxiety*. 2016.
23. Ngai FW, Ngu SF. Family sense of coherence and family and marital functioning across the perinatal period. *Sex Reprod Healthc*. 2016;7:33-7.
24. Estremero J, Gacia X. Familia y ciclo vital familiar. Buenos Aires, Argentina. Editorial La Prensa Médica Argentina. 2013.
25. Perú21. INEI: 60 peruanos nacen y otros 14 mueren cada hora [Internet]. Portada de periódico del 10 julio. 2013. [citado el 22 de febrero del 2017]. Disponible desde: <http://peru21.pe/actualidad/inei-60-peruanos-nacen-y-otros-14-mueren-cada-hora-2139620>
26. OMS. La depression [Internet]. Centro de Prensa. 2016 [citado el 16 enero del 2017]. Disponible desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
27. Belmaker RH, Agam G. Major Depressive Disorder. *N Engl J Med*. 2008;358:55-68.
28. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet*. 2012;379:1045-55.
29. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med*. 2013;10(11):e1001547.
30. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011;9:90.
31. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2005:1-8.
32. Mendoza BC, Saldivia S. [An update on postpartum depression]. *Rev Med Chil*. 2015;143(7):887-94.

33. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, June 2004. *Rev. Peru Epidemiol.* 2008;12:1–5.
34. Goodman JH. Postpartum depression beyond the early postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2004;33:410-20.
35. Guille C, Newman R, Fryml LD, Lifton CK, Epperson CN. Management of postpartum depression. *J Midwifery Womens Health.* 2013;58(6):643-53.
36. Calderón M, Gálvez-Buccollini JA, Cueva G, Ordoñez C, Bromley C, Fiestas F. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2012;29(4):578-9.
37. Louro Bernal I. La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública.* 2003;29(1):48-51.
38. Valdivia, C. La familia: conceptos, cambios y nuevos modelos. *Revista La Revue du REDIF.* 2008;1(0):15-22.
39. Herrera P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev. Cubana Medicina Gen Integr.* 1997;13(6):591-5.
40. Graza S. Relación entre funcionalidad familiar y nivel de violencia escolar en los adolescentes de la Institución Educativa Francisco Bolognesi Cervantes nº2053 Independencia 2012. Tesis de Licenciatura en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú. 2013.
41. Alarcón D. Disfunción familiar como factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el Hospital Belén de Trujillo. Tesis para optar el título de Médico-Cirujano. UPAO. Trujillo-Perú. 2016.
42. Smilkenstein G. The family Apgar: a proposal of a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract.* 1978;6:1231-1239.
43. Castilla H, Caycho T, Ventura J, Palomino-Barboza M, De la Cruz M. Análisis factorial confirmatorio de la escala de percepción del funcionamiento familiar de Smilkstein en adolescentes peruanos. *Salud & Sociedad.* 2015; 6(2):140-153.
44. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, et al. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR familiar. *Aten Primaria.* 1996;18(6):289-96.



45. Urdaneta M José, Rivera S Ana, García I José, Guerra V Mery, Baabel Z Nasser, Contreras B Alfi. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2011;76( 2):102-112.
46. Chang HP, Chen JY, Huang YH, Tyan JY, Yeh CJ, Su PH, et al. Prevalence and factors associated with depressive symptoms in mothers with infants or toddlers. *Pediatr Neonatol.* 2014;55(6):470-9.
47. Borda M, Forero C, Ahcar N, Hinestrosa C, Polo S, Staaden M, et al. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia) *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.).* 2013;29(3):394-405.
48. Peralta-Pedrero ML, Mercado-Castelazo E, Cruz-Avelar A, Sánchez-Marquez O, Lemus-Rocha R, Martínez-García M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2006;44(5):409-414.
49. Bobes J, Bousoño M, González MP, Sáiz PJ. Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria. Barcelona: Masson S.A., 2001.
50. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry.* 2015;57(Suppl 2):S216-S221.
51. Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics.* 2009;123(4):e736-51.
52. Hahn-Holbrook J., Haselton M. G., Dunkel Schetter C., Glynn L. M. Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?: a prospective study from pregnancy to 2 years after birth. *Archives of Women's Mental Health.* 2013;16(5):411–422.
53. Salazar M, Jurado-Vega A. Niveles de intervención familiar. *Acta Med Per.* 2013;30(1):37-41.

## ANEXOS

### ANEXO 1: Consentimiento Informado

#### **Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017**

Usted ha sido seleccionada para participar en una investigación titulada “**Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017**”. Esta investigación será realizada por Kevin Arnold Miranda Cárdenas, alumno de la Facultad Medicina Humana de la UNMSM. Si acepta participar en este estudio, se le hará un cuestionario, las respuestas serán confidenciales y anónimas.

Se le informará en una forma clara y sencilla sobre todo lo que respecta a este estudio antes de empezar la investigación.

**Riesgos y Beneficios:** No existen riesgos en el estudio de sufrir ningún tipo de daño físico, psicológico u otro. El primer beneficio es que la información nos permitirá mejorar las atenciones de salud en este grupo poblacional.

**Confidencialidad:** En ninguna publicación se mencionará su nombre, pues la información que se recolecte será de forma anónima. Toda información o datos que puedan identificarla serán manejados confidencialmente. Los datos se utilizarán únicamente para efectos de investigación.

**Derechos:** Si ha leído este documento y ha aceptado participar, entiende que la participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Su firma en este documento significa que usted ha decidido participar, después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento

Lima Norte,..... de.....del 2017.

---

**Participante**

## ANEXO 2: Instrumento de recolección de datos

### Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017

Numero de encuesta: \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

**PRESENTACION:** En esta oportunidad existe interés en saber si la disfuncionalidad familiar se asocia a la depresión posparto, razón por la cual se solicita su colaboración para responder este instrumento de recolección de datos. Se espera que sus respuestas sean veraces y de antemano agradezco su colaboración.

#### I. CUESTIONARIO

**Instrucciones:** Llene o Marque con **X** cada una de las preguntas mostradas a continuación:

1. ¿Cuál es su edad actual (en años)?:

2. ¿Cuál es su estado civil actual?

- ☐ Soltera
- ☐ Casada
- ☐ Conviviente
- ☐ Separada
- ☐ Divorciada
- ☐ Viuda

3. ¿Durante los primeros 6 meses de vida de su menor hijo (a) la lactancia fue: sólo materna, sólo artificial o mixta?

( ) Lactancia materna exclusiva

( ) Lactancia artificial (fórmula maternizada), si marco esta, por qué motivo:

\_\_\_\_\_

( ) Lactancia mixta

4. ¿Cuántos meses de vida tiene su menor hijo (a)?

\_\_\_\_\_

## II. DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

### APGAR familiar

**Instrucciones:** Aquí le vamos a presentar unas frases que le permitirán pensar acerca de cómo percibe la relación entre Usted y su familia. Deseamos que conteste a cada una de las siguientes preguntas con una **X** la casilla que mejor represente la frecuencia con que actúa, de acuerdo con la siguiente escala:

**0:** Nunca

**1:** Casi nunca

**2:** Algunas veces

**3:** Casi siempre

**4:** Siempre

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Estoy satisfecha con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa					
2. Estoy satisfecha con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo					
3. Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida					
4. Estoy satisfecha con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de amor y tristeza					
5. Estoy satisfecha con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos					

### III. DEPRESIÓN POSPARTO

#### **Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPE)**

**Instrucciones:** Queremos saber cómo se siente; por favor marque con una **X** la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

##### **1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas**

- ☐ Tanto como siempre
- ☐ No tanto ahora
- ☐ Mucho menos
- ☐ No, no he podido

##### **2. He mirado el futuro con placer**

- ☐ Tanto como siempre
- ☐ Algo menos de lo que solía hacer
- ☐ Definitivamente menos
- ☐ No, nada

##### **3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien**

- ☐ Sí, la mayoría de las veces
- ☐ Sí, algunas veces
- ☐ No muy a menudo
- ☐ No, nunca

##### **4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo**

- ☐ No, para nada
- ☐ Casi nada
- ☐ Sí, a veces
- ☐ Sí, a menudo

##### **5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno**

- ☐ Sí, bastante
- ☐ Sí, a veces
- ☐ No, no mucho
- ☐ No, nada

##### **6. Las cosas me superaban, me sobrepasaban**

- ☐ Sí, la mayor parte de las veces
- ☐ Sí, a veces
- ☐ No, casi nunca
- ☐ No, nada

##### **7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir**

- ☐ Sí, la mayoría de las veces
- ☐ Sí, a veces
- ☐ No muy a menudo
- ☐ No, nada

##### **8. Me he sentido triste y desgraciada**

- ☐ Sí, casi siempre
- ☐ Sí, bastante a menudo
- ☐ No muy a menudo
- ☐ No, nada

##### **9. He sido tan infeliz que he estado llorando**

- ☐ Sí, casi siempre
- ☐ Sí, bastante a menudo
- ☐ Sólo en ocasiones
- ☐ No, nunca

##### **10. He pensado en hacerme daño a mí misma**

- ☐ Sí, bastante a menudo
- ☐ A veces
- ☐ Casi nunca
- ☐ No, nunca